

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**MIŠO PEJAKIĆ**

Izola, 2014

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA O VEDE ZA ZDRAVJU**

**PRIPRAVA STAROSTNIKA NA ODPUST IZ BOLNIŠNICE PO  
OPERACIJI KOLKA**

**THE PREPARATION OF THE PATIENT FOR HOSPITAL  
DISCHARGE AFTER HIP SURGERY**

**Študent: MIŠO PEJAKIĆ**

**Mentor: viš. pred. SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: Zdravstvena nega**

**Izola, 2014**

## KAZALO

1 Uvod .....	1
2 Teoretična izhodišča .....	3
2.1 Starostnik in staranje .....	3
2.2 Anatomija kolka .....	4
2.3 Dejavniki tveganja .....	5
2.4 Klinična slika .....	6
2.5 Diagnostika in zdravljenje .....	7
2.6 Preprečevanje padcev .....	8
2.7 Rehabilitacija .....	9
2.7.1 Vloga medicinske sestre v rehabilitaciji .....	10
2.7.2 Rehabilitacija starostnika s poškodbo spodnjega uda .....	10
Rehabilitacija po odpustu iz bolnišnice .....	11
2.8 Zdravstvena nega .....	11
2.8.1 Zdravstvena nega pacienta v perioperativnem obdobju .....	12
2.8.3 Odpust pacienta iz zdravstvene ustanove .....	12
2.9 Kakovost življenja starostnika po operaciji kolka .....	13
3 Metode dela .....	16
3.1 Cilji .....	16
3.1.1 Hipoteze .....	16
3.2 Predvidene metode dela .....	16
3.3 Vzorec .....	16
3.4 Potek raziskave .....	17
4 Rezultati .....	18
5 Razprava .....	26
6 Zaključek .....	29

7 Literatura ..... 30

## **KAZALO GRAFOV**

Slika 1: Spol .....	18
Slika 2: Zakonski stan .....	19
Slika 3: Izobrazba .....	19
Slika 4: Prisotnost bolečine .....	20
Slika 5: Osebna higiena .....	20
Slika 6: Oblačenje in slačenje.....	21
Slika 7: Gibanje .....	21
Slika 8: Obuvanje in sezuvanje .....	22
Slika 9: Izločanje in odvajanje.....	22
Slika 10: Hoja po stopnicah.....	23
Slika 11: Vloga medicinske sestre na odpust .....	24
Slika 12: Kakovost življenja po operaciji kolka.....	25

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Frekvence odgovorov pri življenjskih aktivnostih .....	23
---	----

## **POVZETEK**

Dejstvo je, da se prebivalstvo stara. S staranjem kosti postanejo čedalje bolj krhke, zato že manjši padci in zdrsi lahko povzročijo zelo hude in nevarne zlome.

V prvem oziroma teoretičnem delu smo se osredotočili predvsem na zdravstveno nego, kakovost zdravstvene nege ter rehabilitacijo pacientov po zlomu kolka.

V empiričnem delu pa smo za namen raziskave pregledali literaturo in raziskali, kako so starostniki pripravljani na odpust iz bolnišnice po operaciji kolka ter kakšno vlogo ima po njihovem mnenju medicinska sestra pri odpustu starostnika iz bolnišnice. V ta namen smo opravili raziskavo med pacienti po operaciji kolka, in sicer v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Vsi pacienti, ki so sodelovali v raziskavi, so bili starejši od 70 let. Pri raziskavi smo uporabili tehniko anketiranja. Ugotovili smo, da starostniki niso dobro pripravljani na odpust iz bolnišnice ter da imajo po njihovem mnenju medicinske sestre zelo veliko vlogo pri njihovem odpustu.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, starostnik, kakovost zdravstvene nege, rehabilitacija, vloga medicinske sestre

## **ABSTRACT**

The fact is that the human population is getting older. By ageing the bones become more fragile and even mild falls or slips can result in serious bone fractures.

The first part of the diploma thesis, concentrates on health care, health care quality and rehabilitation following hip fracture.

The empirical part includes literature review and a survey conducted in order to learn how the elderly are prepared for a hospital discharge after hip surgery and to find out the patients' opinion on the role of a nurse in connection with their hospital discharge. For the purpose of empirical research, a survey among patients recovering from a hip surgery was carried out at the General Hospital 'Dr. Franc Derganc' Nova Gorica. To continue, all patients participating in this survey were above the age of 70. Further, the method of questionnaire was used by conducting the survey. Survey findings revealed low patients' preparedness for hospital discharge and patients placing great importance on the role of a nurse in the hospital discharge process.

**Key words:** health care, an elderly person, health care quality, rehabilitation, the role of a nurse



## 1 UVOD

Zlom kolka za starostnike ni zgolj običajen zlom, temveč je poškodba, ki lahko bistveno spremeni življenje oziroma vpliva na njegovo kakovost. S staranjem postajajo kosti čedalje bolj krhke in tako že manjši padci in zdrs lahko povzročajo zelo hude in nevarne zlome. Dokazano je, da so ženske dvakrat bolj izpostavljene zlomu kolka kot moški, kar pripisujemo osteoporozi in sorazmerno daljši življenjski dobi (1).

Delež prebivalstva nad 65 let je v Sloveniji že pred letom 2000 presegal 13 %, kar je po merilih Svetovne zdravstvene organizacije meja za proglašenje prebivalstva za staro (2). Največ zlomov se zgodi v stanovanju, več pozimi kot v drugih letnih časih. V Sloveniji si je leta 1995 zlomilo kolk 1924 ljudi (1258 je bilo žensk) oziroma 1703 ljudi nad 50 let (od tega 1195 žensk) in 1278 starejših od 70 let (od tega 990 žensk). Za posledicami zloma kolka je v Sloveniji v letu 1995 umrlo 172 poškodovancev (od tega 125 žensk) oziroma 161 ljudi nad 70 let (od tega 120 žensk) (3).

Zlome kolka je prvi opisal Hipokrat. Prva navodila za zdravljenje zloma pa pripisujejo Ambroisu Pareju. Zapisal jih je leta 1572. Leta 1858 je Langenbeck naredil prvo osteosintezo zloma kolka. Pacient je umrl zaradi infekcije. V zgodovini je bila smrtnost zaradi zloma kolka 75 %. Z napredovanjem medicine je leta 1931 umrljivost padla s 75 % na 28 %. Z napredovanjem anesteziologije in uporabe antibiotikov pa je smrtnost padla pod 20 % v prvem letu po operaciji (2).

Kot rečeno, zlom kolka pri starostnikih pomembno vpliva na kakovost življenja. Pred in pooperativna zdravstvena nega pacienta, pravilna izbira operativne tehnike in takojšnja rehabilitacija so dejavniki, ki bistveno zmanjšajo umrljivost in izboljšajo kakovost življenja. Cilj rehabilitacije je preprečitev invalidnosti in čim hitrejša vrnitev starostnika v domače okolje.

Vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika po operaciji kolka v fazi rehabilitacije ostaja nevidna, čeprav je starostniku neprestano v pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti.

Zdravstveno nego pacienta z zlomom kolka izvajamo po procesni metodi dela. Pomemben je sprejem pacienta oziroma prvi stik s pacientom, z njegovimi svojci, komunikacija ter individualen pristop pri obravnavi pacienta. Na podlagi anamnestičnih podatkov in ugotovljenih potreb lahko naredimo individualni načrt zdravstvene nege, ki vsebuje negovalno diagnozo, cilj zdravstvene nege, načrtovane negovalne intervencije, izvršene negovalne intervencije, vrednotenje. Pri obravnavi pacienta z zlomom kolka morajo sodelovati vsi člani zdravstvene ekipe. Obravnava pa mora biti na visokem strokovnem nivoju ter za pacienta dosledna (4).

Kakovost življenja je po mnenju večine avtorjev kompleksen, abstrakten in multidimenzionalen koncept, ki ga ni lahko definirati in izmeriti (5). Ramovš (6) pa kakovost življenja povezuje s fizičnim zdravjem in zdravim načinom življenja. Vsekakor pa bi kakovost življenja starostnika v času hospitalizacije bistveno izboljšali z upoštevanjem individualnega pristopa pri izvajanju zdravstvene nege.

## 2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

### 2.1 Starostnik in staranje

Staranje je postopno odpovedovanje homeostaze v odsotnosti bolezni, poškodbe ali njunih posledic. Starostne spremembe se kažejo na celotnem organizmu kot zmanjšana sposobnost preživetja pod stresom, na posameznem organu kot zmanjšana delovna rezerva, nato pa kot motena oskrba vsega organizma ter na stopnji posamezne celice kot spremenjena presnova beljakovin, lipidov, ogljikovih hidratov, DNA in RNA. Največji težavi pri raziskovanju staranja sta: ločevanje vzrokov za starostne spremembe od posledic in prepoznavanje tiste starostne spremembe, ki pomembno vpliva na dolžino življenjske dobe (2).

Pri človeku ločimo biološko in kronološko starost organizma. Kronološka starost organizma je odvisna samo od števila let življenja, biološka pa tudi od upada duševnih in telesnih sposobnosti pri določeni starosti (2).

Slovenski psiholog Vid Pečjak deli tretje življenjsko obdobje na štiri podskupine:

1. od 50 do 60 let – pozna srednja leta
  2. od 60 do 70 let – mlajša starost
  3. od 70 do 80 let – srednja starost
  4. od 80 let naprej – visoka starost
- Za prvo so značilne nevihte in stresi,
  - druga je obdobje prilagajanja na nove razmere,
  - v tretji prihaja do hitrejšega spreminjanja življenjskih funkcij,
  - v četrti pa se kaže že oslabelost in nemoč (7).

Staramo se od rojstva pa do konca življenja, zato je težko določiti mejo, kdaj je kdo star. V razvitih deželah govorimo o intenzivnejšem staranju po 65. oziroma 75. letu starosti. Zaradi podaljšanja življenjske dobe se podaljšuje tudi obdobje človekove vitalnosti še po upokojitvi. Tretjemu življenjskemu obdobju, ki naj bi se začelo prav z upokojitvijo in

trajalo nekako do 75. leta starosti, se je pridružilo še četrto. To naj bi bil čas od 75. leta pa vse do smrti. V tretjem življenjskem obdobju naj bi bil človek še relativno pri dobrem zdravju in močeh, sposoben skrbeti zase in aktivno sodelovati v družbenem življenju. S četrtem življenjskim obdobjem pa nastopi čas, ko postaja večina posameznikov vedno bolj nemočna in odvisna od tuje pomoči (7).

Ljudje se staramo različno. Potek staranja ni odvisen le od genetskih danosti, temveč ga pogojujejo tudi spol, rasa, izobrazba, etično in kulturno okolje, zemljepisna lega, razvitost oziroma nerazvitost dežele bivanja, industrializirani predeli, podeželje, mesto, družina ter spretnosti in življenjske izkušnje. Staranje je pojav, ki vpliva tako na posameznika kot na družbo. V tretjem življenjskem obdobju se pri posameznikih začnejo v večji meri kazati telesne, duševne in razumske spremembe. Te posledično vplivajo tudi na družbo. Starostniki namreč predstavljajo vrsto političnih, socialnih, ekonomskih, zdravstvenih in kulturnih problemov oziroma odgovornosti za družbo. Starost ni toliko odvisna od kronološke starosti kot je močno povezana z odnosom posameznika do življenja in njegovih psihofizičnih lastnosti. Na to vpliva tudi vrednostni sistem okolja, v katerem živimo. Zaradi tolikšnega števila dejavnikov, ki vplivajo na potek staranja, so tudi individualne razlike med starostniki tako velike (7).

## **2.2 Anatomija kolka**

*Spodnji ud (ekstremitas inferior)* delimo v stegno, golen in nogo. Teža trupa se prek medenice prenaša na spodnje ude.

### *Stegnenica (femur)*

Kost v stegnu je stegnenica. Na proksimalnem koncu debla ima glavo, ki se prilega v globoko ponev v kolčnici. Med glavo in deblom je dolg vrat, ta se rad prelomi, posebno v starosti.

### *Kolčni sklep (articulus coxae)*

Kolčni sklep je sklep med glavo stegenice in ustrezno ponvico na kolčnici. Sklep je kroglast, vendar zaradi globoke ponvice gibi v njem niso tako obsežni kot npr. v ramenskem sklepu. V sklepu upogibamo in iztezamo, stegno odmikamo, primikamo in vrtimo. Na distalnem koncu je stegenica zadebeljena v dve kepi, ki ju od strani tipljemo. Vsaka kepa ima sklepno ploskev za stik z golenico. Spredej je med kepama gladčina, po njej drsi pogačica (8).

## **2.3 Dejavniki tveganja**

Dejavnike tveganja za nastanek zloma kolka lahko razdelimo v dve večji skupini. Delimo jih na dejavnike v domačem okolju ter dejavnike v ustanovah.

Dejavniki v domačem okolju so:

- starost,
- pomanjkanje vitamina D,
- onemoglost,
- strah pred padci,
- majhna telesna teža,
- predhodni zlomi,
- stanje po možganski kapi,
- jemanje antieptikov.

Dejavniki tveganja v ustanovah so:

- starost,
- pomanjkanje vitamina D,
- ženski spol,
- delirij,
- podaljšan čas krvavitve,
- hipoparatiroidizem (9).

## 2.4 Klinična slika

Že v kratkem pogovoru s poškodovancem lahko ugotovimo vrsto poškodbe. Podatki naj vsebujejo mehanizem poškodbe, podatke o predhodnih operativnih posegih in komplikacijah, boleznih in medikamentozni terapiji (10).

Da ne spregledamo pridruženih poškodb, moramo poškodovanca pregledati v celoti. Ocenimo tudi splošno zdravstveno stanje pacienta. Še posebej pri starejših ljudeh v predoperativni pripravi sodelujeta anesteziolog in internist. Pri pregledu poškodovanca je opazna izrazitejša zunanja rotacija in prikrajšava poškodovane noge. Stopnja deformacije je bistveno večja pri ekstrakapsularnih zlomih kot pri intrakapsularnih. Pritisk na veliki trohanter je močno boleč. Lokalno je lahko vidna oteklina z deformacijo, odrgnina kože in podplutba. Pri odprtih zlomih je prekinjena koža. Poškodovanec ni sposoben izvajanja aktivnih gibov v kolku, pasivni gibi pa so boleči in omejeni. Izključiti moramo nevarnost sindroma povišanega intrafascialnega pritiska. Ocenimo morebitne motnje in poškodbe živčno-žilnega sistema. Ne smemo spregledati razjed v okolici operativnega polja (10).

Klinično diagnozo je včasih težko postaviti, znaki zloma lahko manjkajo, starejši poškodovanci imajo lahko že pred tem deformirane okončine, zgodi pa se tudi, da ljudje z zlomljenim kolkom po padcu še hodijo (11).

Pred sprejemom ima najpomembnejšo vlogo pravilna oskrba poškodovanca in oskrba poškodovanega dela. Najprej poškodovanca pomirimo ter pokličemo nujno medicinsko pomoč. V primeru, da bodo reševalci prispeli v kratkem času, starostnika ne premikamo. V nasprotnem primeru naredimo imobilizacijo poškodovane noge. Pod glavo mu podložimo blazino, ga pokrijemo z odejo in smo pri njem ves čas do prihoda reševalcev. Poškodovanca opazujemo in mu izmerimo vitalne funkcije. Ničesar mu ne dajemo per os. Ob zlomu kolka poškodovanca v bolnišnico vedno pripeljemo z reševalnim vozilom (1).

## 2.5 Diagnostika in zdravljenje

Zlome kolka ugotovimo s slikovnimi metodami. Te metode so:

- rentgensko slikanje v dveh projekcijah poškodovanega kolka in AP posnetek (anteroposteriorni in aksialni – stranski posnetek) medenice;
- CT računalniška tomografija s 3D rekonstrukcijo. Uporabimo jo, v kolikor dvomimo o zlomu in/ali želimo natančen prostorski pregled zloma. Z njo lahko ocenimo morebitne deformacije kosti in določimo stopnjo osteoporoze;
- NMR (nuklearna magnetna resonanca) je najbolj občutljiva in specifična metoda, do sedaj poznana za ugotavljanje zloma vratu stegenice. Pomembna je za ugotavljanje zgodnje faze avaskularne nekroze glave stegenice, sesedanja ali fragmentacije in sekundarne artroze. Določimo lahko stopnjo prekrvavljenosti glave stegenice;
- UZ uporaben je za določanje intrakapsularnega hematoma znotraj sklepne pritiska pri zlomih vratu stegenice;
- scintigrafija je uporabna pri ugotavljanju zlomov vratu, ki niso opazni na rentgenskem posnetku. S to metodo lahko v 24 urah ugotovimo 80 % zlomov, po 3. dnevu pa 95 % zlomov. Največja občutljivost metode je 7. dan po poškodbi (10).

Zlome kolka lahko zdravimo operativno ali konzervativno. O načinu zdravljenja se odločamo na osnovi vrste zloma in skrbnem pregledu poškodovanca, njegove starosti in splošnega stanja (10).

Med splošne rizične faktorje za notranjo učvrstitev zloma in operativni poseg prištevamo: osteoporozo, hiperparatireoidizem, ledvično insuficienco, preboleli možganski infarkt, Parkinsonovo bolezen, revmatoidni artritis, pljučno insuficienco, srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen, hepatopatijo ter koagulopatije (10).

Nestabilne premaknjene zlome vratu pri starejših ljudeh običajno oskrbimo z ustavitvijo parcialne bipolarne cementne kolčne proteze, pri mlajših ljudeh pa z uporabo totalne cementne ali brez cementne proteze. Nepremaknjene in stabilne prelome zdravimo z notranjo učvrstitvijo. Pri medialno postavljenih zlomih uporabimo spongiozne vijake, pri

laterno postavljenih zlomih vratu pa spongiozne vijake ali pogosteje DHS ploščo v kombinaciji z antirotacijskim jakom (10).

Stabilne zlome pertrohanternega masiva operativno učvrstimo z DHS. V preteklosti se je uporabljala 95 stopinjska in 130 stopinjska kotno stabilna plošča z Enderjevimi elastični žebli za vse vrste zlomov, ki pa je ne uporabljamo več (10).

Za učvrstitev nestabilnih, večkosovnih zlomov per in subtrohanternega predela uporabimo različne vrste intramedularnih žbljev. Operativni poseg poteka na operacijski mizi, kjer poizkusimo naravnati odlomke zloma. V kolikor to ni mogoče, je potrebno izvršiti naravno odlomov na odprti način. Pomembno je doseči pravilno os v vseh ravninah, rotacijo in dolžino noge (10).

## **2.6 Preprečevanje padcev**

Padce v starosti je mogoče zmanjšati za polovico, če posameznik živi zdravo in vzdržuje svojo gibalno kondicijo. Tudi preprečevati jih je mogoče, če za vsakega posameznika na podlagi njegovega stanja in okolja ocenimo verjetnost, da bo padel. Da bi se izognili padcem, je treba sprejeti primarne ukrepe. Padce je prav tako mogoče zmanjšati z ukrepi na ravni lokalnih skupnosti, mest in podobno (12).

Padcem so izpostavljeni predvsem starejši, ki se premalo gibljejo in zanemarjajo svoje gibalne sposobnosti, se večinoma zadržujejo v stanovanjih, skoraj nič na svežem zraku, živijo v neurejenem in njihovim letom neprilagojenem stanovanju, jedo enolično hrano z malo ali nič zelenjave, so neprimerno obuti in oblečeni, preveč kadijo, pijejo preveč alkohola, so slabokrvni, imajo oslABLJENE mišice, boleče sklepe in osteoporozo ter druge kronične bolezni ali stanja, ki vplivajo na gibljivost in ravnotežje, imajo nereden utrip srca, zvišan ali znižan krvni tlak, so iz različnih razlogov podvrženi vrtoglavicam, jemljejo veliko zdravil, med njimi pripravke za pomirjenje in uspavala, slabo slišijo in vidijo, so nesrečni, osamljeni ali depresivni (12).

Veliko manj padcev je med starejšimi, ki se zavedajo nevarnosti, povezanih s padci v njihovi starosti, vzdržujejo svojo mišično moč in ravnotežje, poznajo zaščitno hojo in vaje



o padanju in vstajanju, spremljajo gostoto svojih kosti in zdravijo osteoporozo, jedo zdravo in raznoliko hrano, v sožitju s kroničnimi boleznimi zdravo in aktivno živijo, jemljejo malo zdravil in nobenih nepotrebnih pomirjeval, redno nosijo pravilna očala in slušni aparat, so primerno obuti in oblečeni, živijo v stanovanju s prilagoditvami, potrebnimi za varno starost, imajo družbo in so socialno dejavni (12).

## **2.7 Rehabilitacija**

Rehabilitacija je postopek, s katerim poskušamo pri operiranemu pacientu, poškodovancu ali bolniku s kroničnim obolenjem doseči stanje, kot je bilo prej, oziroma ga usposobiti za samostojno fizično, psihično, družbeno, družinsko in ekonomsko življenje (13).

Usmeritev rehabilitacije je splošna in specialna. Splošna rehabilitacija je del zdravstvene nege in se začne takoj, ko se pacientovo zdravstveno stanje stabilizira. Rehabilitacija vzdržuje vsakdanje življenjske aktivnosti, preprečuje komplikacije po dolgotrajnem ležanju in poslabšanja zdravstvenega stanja, pomaga pri povrnitvi in vzdrževanju funkcij nekaterih organov, ki so bili prizadeti zaradi bolezni in poškodbe. Specialna rehabilitacija poskuša povrniti in vzdrževati specifične funkcije, ki so bile okvarjene pri nevroloških, ortopedskih, travmatoloških in drugih bolnikih. Z oceno bolnikovih zmožnosti se lahko predpostavi možnost za izboljšanje njegovega stanja. Če se stanje izboljšuje, je tak pacient sposoben za nadaljnji program rehabilitacije. Pri oslabelem ali kritično bolnem pa je treba preprečevati poslabšanje invalidnosti. Rehabilitacija obravnava človeka v celoti in aktivira njegove neizkoriščene zmožnosti in sposobnosti tako, da doseže optimalno samostojnost (13).

Največja nevarnost zlomov v področju spodnjih udov je takojšnja nepomičnost. Že ležanje samo povzroča možne zaplete na dihalih, ožilju, prebavilih, sečilih in okostju. Zato je temeljno pravilo uspešne rehabilitacije takšno kirurško zdravljenje, ki omogoči pacientu, da se čim prej spet postavi na noge (2).

### **2.7.1 Vloga medicinske sestre v rehabilitaciji**

Zdravstvena nega in rehabilitacija imata veliko skupnega. Kadar pomagamo pacientu in svojcem, da postanejo samostojni, je rehabilitacija pomemben del zdravstvene nege. Medicinske sestre, ki delajo z invalidnimi osebami, imajo pomembni nalogi:

- čim bolj omejiti invalidnost zaradi bolezni in
- natančno načrtovati in izvajati program rehabilitacije (13).

Medicinska sestra je strokovno usposobljena za rehabilitacijo pacientov, je vztrajna pri delu, pacient ji zaupa, zato mora biti prepričana v dober uspeh (13).

Stanje pacienta se lahko izboljšuje zelo počasi in doseže lahko le določeno raven v napredovanju, posebno pri nevrokirurških bolnikih. To je kritičen čas za pacienta, saj mu lahko začne zmanjkovati poguma za nadaljnje delo. Pacienta je potrebno motivirati in ga spodbujati, da vztraja, ker le tako lahko dosega izboljšanje in napredovanje (13).

Pacienti se morajo med rehabilitacijo učiti in praktično izvajati vaje za krepitev mišic in izboljšanje gibljivosti. Tako se učijo hoditi in uporabljati pripomočke za hojo, kar jim pomaga pri izvajanju vsakdanjih življenjskih aktivnosti. Učijo pa se tudi spretnosti, ki so potrebne za nek poklic. Medicinska sestra sodeluje s fizioterapevti pri izvajanju posameznih aktivnosti (13).

### **2.7.2 Rehabilitacija starostnika s poškodbo spodnjega uda**

#### **Pred operacijo**

Z rehabilitacijo starostnika s poškodovanim spodnjim udom začnemo takoj po sprejemu v bolnišnico. Če pacientovo duševno stanje to dopušča, mu moramo razložiti naravo njegove poškodbe in pomen zgodnje rehabilitacije. Naučimo ga dihalnih vaj, pravilnega izkašljevanja in vaj za vensko črpalko ter spodbujamo, da bo naučeni program ponavljal vsaki dve uri. Zelo pomembno je, da ga naučimo uporabljati trapez in aktivno spreminjati položaj telesa v postelji, predvsem sedala. Že od samega začetka mora delati vaje za moč rok (2).

## **Po operaciji**

Že popoldne po operaciji mora biti operirani starostnik zajet v program rehabilitacije. Spodbujamo ga, da dela vaje za vensko črpalko, pri zelo oslabelih pacientih pa za aktivacijo venske črpalke uporabimo funkcionalno električno stimulacijo. S tem zmanjšamo nevarnost za nastanek zapletov na dihalih in ožilju. Takoj naslednji dan skušamo pacienta aktivirati in mobilizirati. Spodbujamo ga, da se s pomočjo trapeza in zdrave noge poskusi malo prestaviti v postelji in poiskati hladnejši del za hrbet in sedalo, kar ugodno vpliva na počutje, še bolj pomembno pa je za preprečevanje sakralnega dekubitusa. Posebej pazimo na pravilen položaj poškodovanega uda. Po odstranitvi drenov, navadno je to 2. ali 3. pooperacijski dan, je treba takoj začeti z razgibavanjem poškodovanega in sosednjih sklepov na kinematični opornici ob zadostni analgeziji. Prve dni po operaciji ne smemo skopariti z analgetiki. Še bolj pomembna je pravilna izbira analgetika, ko začnemo operiranega starostnika postavljati na noge (2).

## **Rehabilitacija po odpustu iz bolnišnice**

Ko so rane zaceljene in če ima starostnik dobre možnosti za okrevanje, predlagamo nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču. Navadno se to začne 7–14 dni po operaciji. Za zdraviliško zdravljenje je pogoj dobro bolnikovo sodelovanje in dovolj kondicije, da v bolnišnici začne hoditi vsaj s hoduljo. Večinoma morajo biti starostniki sposobni tudi samostojno opravljati osebno higieno. Rehabilitacija v zdravilišču lahko traja 2–3 tedne, nato bolnik odide domov (14).

## **2.8 Zdravstvena nega**

Vsaka operacija je za pacienta stresna, pa naj gre za obsežen operacijski poseg pri hospitaliziranem pacientu ali pa manjši poseg pri ambulantnem pacientu. Pri pacientu se mora pogosto odločati o posegu, ki povzroča bolečino, invalidnost, nesamostojnost ali pa mu celo ogroža življenje. Pacient ali svojci morajo pisno potrditi, da se strinjajo z operacijo in drugimi diagnostično-terapevtskimi posegi. Običajno je medicinska sestra tista, ki pripravlja pacienta na operacijo (15).

Med pripravo pacienta na operacijo sodelujejo različni člani zdravstvene skupine: zdravnik, medicinska sestra, lokomotorni in respiratorni fizioterapevt, dietetik, socialni delavec in drugi, odvisno od operacije in bolnikovega stanja (15).

Medicinska sestra med pripravo pacienta na operacijo oceni njegovo telesno in duševno stanje, skrbi za terapijo in izvide diagnostičnih preiskav, pripravo operacijskega polja ter poučuje pacienta o aktivnostih po operaciji (15).

### **2.8.1 Zdravstvena nega pacienta v perioperativnem obdobju**

Poučevanje pred operacijo ugodno vpliva na pacienta. Idealno je, če ima pacient dovolj časa, da se na operacijo lahko pripravi. Poučevanje pacienta dan pred operacijo ni koristno, ker je pacienta preveč strah in ne sledi navodilom (15).

### **2.8.3 Odpust pacienta iz zdravstvene ustanove**

Načrtovanje pacientovega odpusta se začne že ob sprejemu. Cilj načrtovanega odpusta je zagotoviti pacientu najboljšo možno kakovost zdravstvene nege tudi po odpustu (15).

Vsi, ki bodo skrbeli za pacienta po odpustu, morajo sodelovati pri njegovem načrtovanju. Potrebno je razvijati načrt, pomembni pa so skupni pogovori o pacientovem nadaljnjem izboljševanju (15).

### **Splošne zahteve načrtovanega odpusta**

- Pacient in svojci morajo biti seznanjeni z diagnozo, s programom zdravljenja in zdravstvene nege med hospitalizacijo in po odpustu.
- Čas odpusta in program zdravstvene oskrbe po odpustu je potrebno predvideti.
- Vsi, ki skrbijo za pacienta med hospitalizacijo, morajo sodelovati pri načrtovanju odpusta.
- Odpust je treba načrtovati tako, da pacienta in svojce poučimo o negovalnih potrebah, ki jih bo moral pacient izvajati po odpustu: gibanje in omejitve pri gibanju, higiena, jemanje zdravil, dieta, prevez rane, preprečevanje okužbe, prepoznavanje znamenj in simptomov bolezenskih sprememb, informacija o tem, koga lahko prosijo za pomoč.
- Načrtovanje odpusta mora upoštevati zmožnosti pacienta za lastno nego ali možnosti oskrbe v okolju, kjer bo pacient živel po odpustu.

- Načrtovanje odpusta mora pritegniti vse potrebne službe izven bolnišnice, ki bodo pacientu koristile.
- Načrtovanje odpusta mora potekati tako, da je dovolj časa za urejanje ustrezne izven-bolnišnične zdravstvene oskrbe in nege pacienta.
- Pacient in svojci morajo dobiti tudi pisna navodila (15).

### **Posebnosti**

- Najpogostejše nevarnosti v domačem okolju so: slaba preskrba s tekočo vodo, stopnice, padci zaradi preprog, neprimerna oprema, razsvetljava, neprimerna kopalnica itd. V domačem okolju so ogroženi tisti pacienti, ki imajo senzorne spremembe, so omejeni v gibanju, so oslabei in so brez zadostnih finančnih sredstev.
- V domu so običajno pacienti, ki potrebujejo zdravstveno nego ali fizioterapijo (dajanje injekcij, preveza rane, infuzija, rehabilitacija, nega trajnega urinskega katetra).
- Krajevna skupnost lahko nudi pomoč pacientu na domu (posojanje bolniške opreme, preskrba s toplimi obroki hrane, dnevno varstvo starih, telefonski servis za pomoč v sili itd).
- Medicinske sestre strokovnih služb izven bolnišnice morajo dobiti o pacientu čim več informacij v pisni in ustni obliki. Najbolje je, če se s pacientom in svojci srečajo že v bolnišnici (15).

## **2.9 Kakovost življenja starostnika po operaciji kolka**

Latinska beseda *qualitas* izhaja iz besede *qualis*, ki pomeni, kako je nekaj sestavljeno, kakšne so stvari v resnici (16).

Kakovost je pojem, ki ga je na kratko težko opredeliti. Beseda kakovost se vsakodnevno uporablja, pri čemer pa ima vsak svoje subjektivno mnenje, kaj mu pomeni. To je odvisno od osebnih pričakovanj, vrednot in ocene posameznika, npr. kakovost življenja, kakovost nekega izdelka ali usluge (17).

Kakovostno zdravstveno nego opredeljujejo elementi sodobne zdravstvene nege. Zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege je trajen proces, ki zahteva sistematično opisovanje, merjenje in vrednotenje zdravstvene nege ter, če je potrebno, izvajanje aktivnosti za dvig kakovosti zdravstvene nege kot na primer ocenjevanje stopenj kakovosti zdravstvene nege v praksi (17).

Definicij kakovosti v zdravstvu je veliko. Ker je kakovost nenehno izboljševanje zdravstvene prakse in ker brez tega ni kakovosti, je zato najbrž primerna tale definicija: kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakogar – zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobražencev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (16).

**Tehnična uspešnost** pove, kako se znanstveno osnovno medicinsko znanje in tehnologija uporabljata v določenih okoliščinah. Ocenjuje se s pravočasnostjo, natančnostjo diagnosticiranja, primernostjo terapije in potrebnimi veščinami za izvajanje zdravstvenih postopkov.

**Medsebojni odnosi** so določeni s tem, kako se zdravstveno osebje vede do pacienta na ravni človeških odnosov. Vplivajo tudi na tehnično uspešnost. Zdravnik, ki ima človeški in profesionalni odnos do pacienta, lahko pričakuje, da bo dobil boljše anamnestične podatke. To pogosto vpliva na uspešnost diagnosticiranja in zdravljenja.

Udobje in fizična dostopnost pomenita urejenost ali neurejenost fizične dostopnosti in okolje, v katerem je pacient deležen zdravstvene oskrbe. Nanaša se na primer na možnost parkiranja, na to, kako so urejene ambulate in bolniške sobe, kakšna so obvestila, ki pacienta usmerjajo, ter kakšna je hrana v bolnišnici.

**Upoštevanje pacientovih želja in izbire** Večina pacientov želi sodelovati pri svoji zdravstveni oskrbi. Pri tem gre za želje pacienta, povezane z njegovim zdravljenjem.

**Učinkovitost** pomeni, kako se uporabljajo viri za doseg določenega rezultata. Učinkovitost je boljša, če dosežemo enak rezultat z manj viri. Ker neučinkovita oskrba uporabi več virov, kot je potrebno, je razsipna in lahko neposredno škodljiva za posameznega pacienta, še bolj pa za vso populacijo.

**Stroškovna uspešnost** je kategorija o koristi intervencije za izboljšanje zdravstvenega stanja pri določenih stroških (16).

Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu naštevajo šest načel kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta (16).

1. **Uspešnost** – uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta), izvajanje zdravstvene oskrbe temelji na zdravstvenih izhodiščih.
2. **Varnost** – zmanjševanje varnostnih incidentov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, rehabilitacijo (ali bomo škodili pacientu); gre za izogibanje zdravstveni škodi za pacienta, ki mu jo povzroči zdravstvena oskrba, ki naj bi mu pomagala.
3. **Pravočasnost** – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe (koliko časa mora pacient čakati), skrajšanje škodljivega čakanja in čakalnih dob.
4. **Učinkovitost** – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (ali lahko nekaj storimo ceneje z enakim izidom, brez razsipnosti); izogibanje razsipnosti.
5. **Enakopravnost** – enakopravnost zdravstvene obravnave je nediskriminatorno obravnavanje pacienta (ali prihaja do razlikovanja na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...).
6. **Osredotočanje na paciente** – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnost izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke), izvajanje zdravstvene oskrbe, spoštljive in skladne s pacientovimi potrebami in izbiro, in zagotavljanje, da pacientove vrednote vodijo odločitve za zdravljenje (16).

### **3 METODE DELA**

Namen diplomske je bil pregledati literaturo in opisati zdravstveno nego in rehabilitacijo pacientov po operaciji kolka ter predstaviti pripravo starostnika na odpust iz bolnišnice po operaciji kolka.

#### **3.1 Cilji**

Glede na namen so cilji naslednji:

- raziskati, kako so starostniki pripravljene na odpust iz bolnišnice po operaciji kolka;
- ugotoviti, kakšno vlogo ima po mnenju starostnikov medicinska sestra pri njihovem odpustu iz bolnišnice.

##### **3.1.1 Hipoteze**

Hipotezi sta naslednji:

Hipoteza 1: Več kot polovica starostnikov je na odpust iz bolnišnice po operaciji kolka dobro pripravljena.

Hipoteza 2: Pri pripravi starostnika na odpust iz bolnišnice ima medicinska sestra zelo veliko vlogo.

#### **3.2 Predvidene metode dela**

Raziskava je potekala na kvantitativnem empiričnem neeksperimentalnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena tehnika anketiranja. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa. V raziskavi so sodelovali izključno pacienti po operaciji kolka oziroma vstavitvi endoproteze kolka. Iz raziskave smo izključili paciente mlajše od 65 let. Pacientom je bil anketni vprašalnik razdeljen na dan odpusta iz bolnišnice. Razdeljen je bil v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Prošnjo za izvedbo raziskave smo dvakrat poslali tudi na vodstvo Ortopedske bolnišnice Valdoltra, vendar odgovora nanjo nismo dobili.

#### **3.3 Vzorec**

Prvotno je bil cilj v vsako ustanovo poslati po 30 vprašalnikov, vendar je bilo na koncu realizirano anketiranje 40 pacientov, ki so bili pripravljene sodelovati pri raziskavi v



Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Njihovo sodelovanje smo pridobili z ustnim dogovorom. V času anketiranja smo naleteli tudi na težave pri izbiri pacientov, saj pri nekaterih ni bilo mogoče izvesti ankete iz razlogov, kot je demenca ali slabo zdravstveno stanje. Tako smo anketo izvedli pri pacientih, ki so bili komunikativni. Pomoč pri izpolnjevanju ankete je bila zagotovljena pri vseh anketirancih. Zaradi izbire pacientov je bil vzorec namenski in ne slučajen. Vsi pacienti, ki so sodelovali v raziskavi, so bili starejši od 70 let.

### **3.4 Potek raziskave**

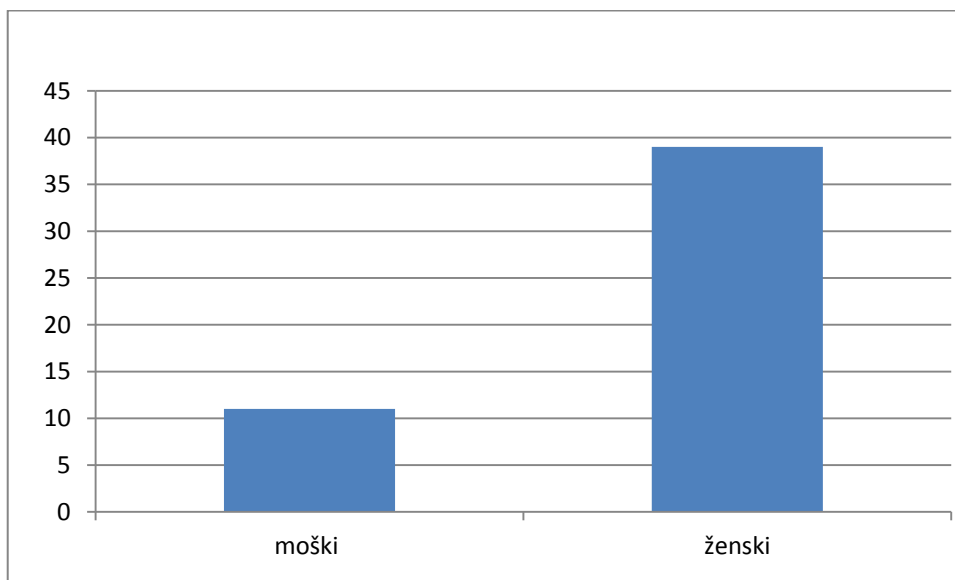
Raziskavo smo izvedli v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica na vzorcu pacientov travmatološkega oddelka. Direktorju bolnice ter pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege smo poslali prošnjo za izvedbo ankete. Po pisnem odgovoru iz bolnišnice, da anketiranje lahko izvedemo, smo se še enkrat sestali s pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege ter se dogovorili in določili časovni okvir za izvedbo anketiranja.

Izvedba anket je potekala 2 meseca (maj, junij) leta 2014. Povprečno smo anketirali po 4 paciente na obisk, in sicer enkrat na teden.

Anketiranje smo izvedli v skladu z etičnimi načeli. Anketiranje smo izvajali v bolniških sobah pri pacientih. Pred anketiranjem smo se pacientom predstavili, in sicer kdo smo, iz katere šole prihajamo, kakšen namen ima anketiranje ter zakaj bomo podatke uporabili. Pacientom smo razložili, da so vprašanja zaprtega tipa in da je anketiranje anonimno ter da lahko sodelovanje zavrnejo. Pri izbiri pacientov so nam pomagale oddelčne medicinske sestre travmatološkega oddelka. Sodelovanja v raziskavi ni zavrnil nihče od izbranih pacientov.

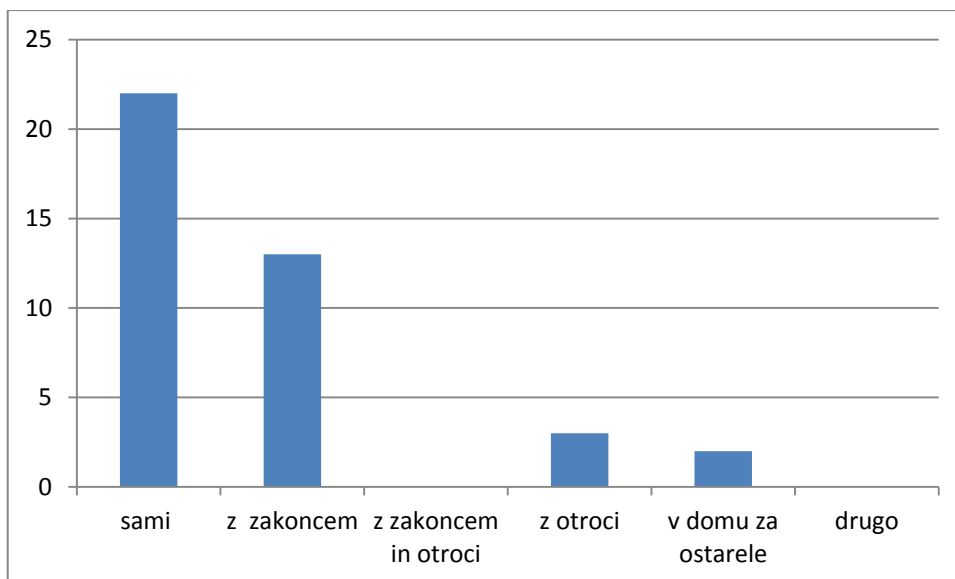
## 4 REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 40 pacientov, anketiranih v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Anketirani so bili na dan odpusta.



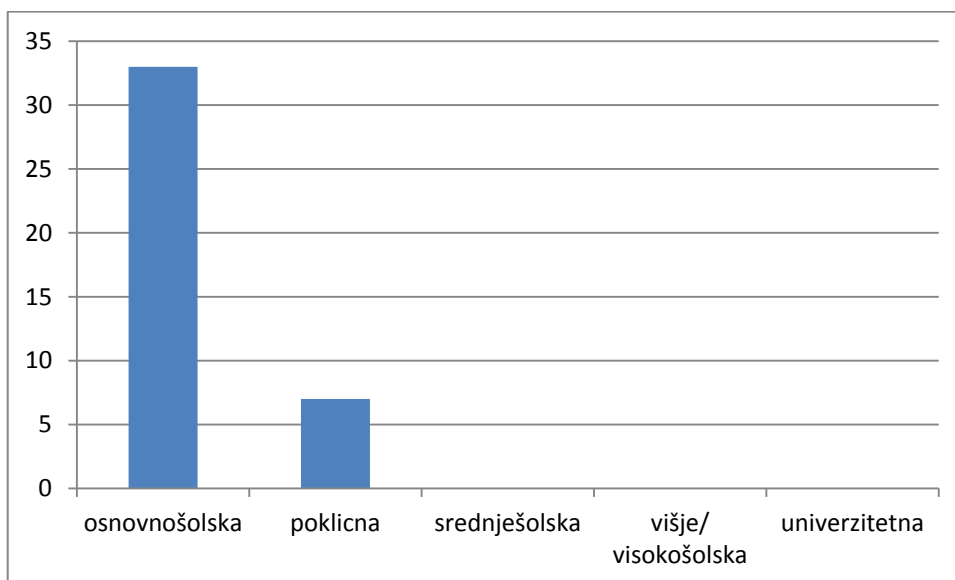
**Slika 1: Spol**

Med anketiranci jih je 11 moškega spola (27,5 %) in 29 ženskega spola (72,5 %). Anketiranci so stari med 76 in 94 let. Povprečna starost je 82,6 let. Povprečna starost moških je 83 let, žensk pa 79,6 let.



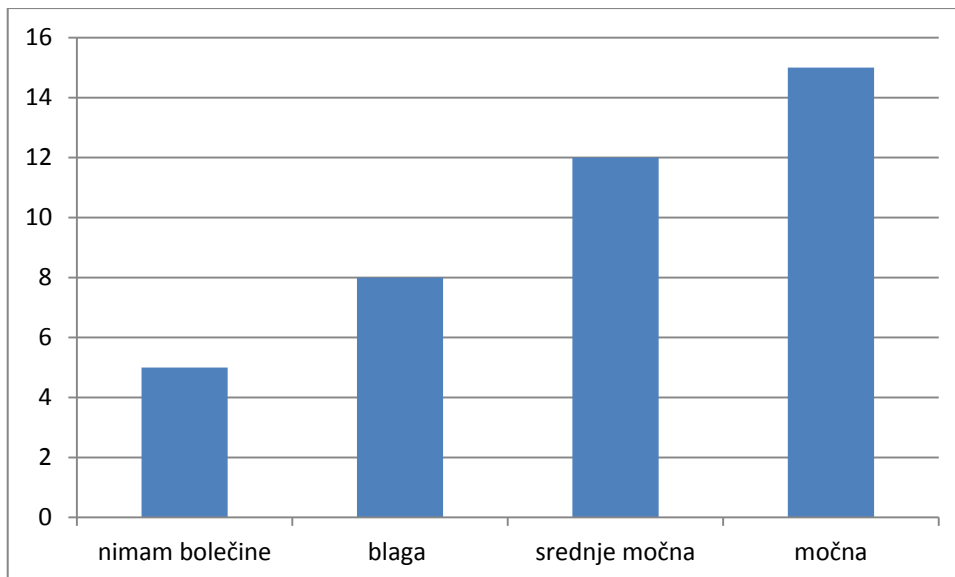
**Slika 2: Zakonski stan**

Od 40 anketiranih jih je največ navedlo, da živijo sami, in sicer 22 (55 %) ter z zakoncem 13 (32,5 %). Z otroci živijo 3 (7,5 %), v domu za ostarele živita 2 (5 %), z zakoncem in družino ne živi nihče.



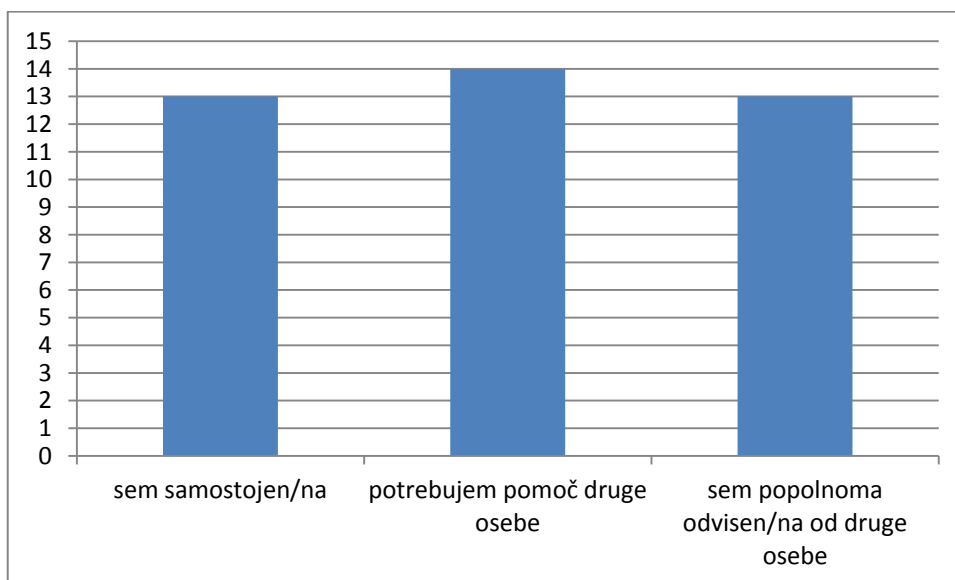
**Slika 3: Izobrazba**

Izobrazba anketirancev je večinoma osnovnošolska, in sicer pri 33 anketiranih (82,5 %). Poklicno izobrazbo ima 7 anketirancev (17,5 %). Srednješolske, višje in univerzitetne izobrazbe nima nihče med anketiranimi pacienti.



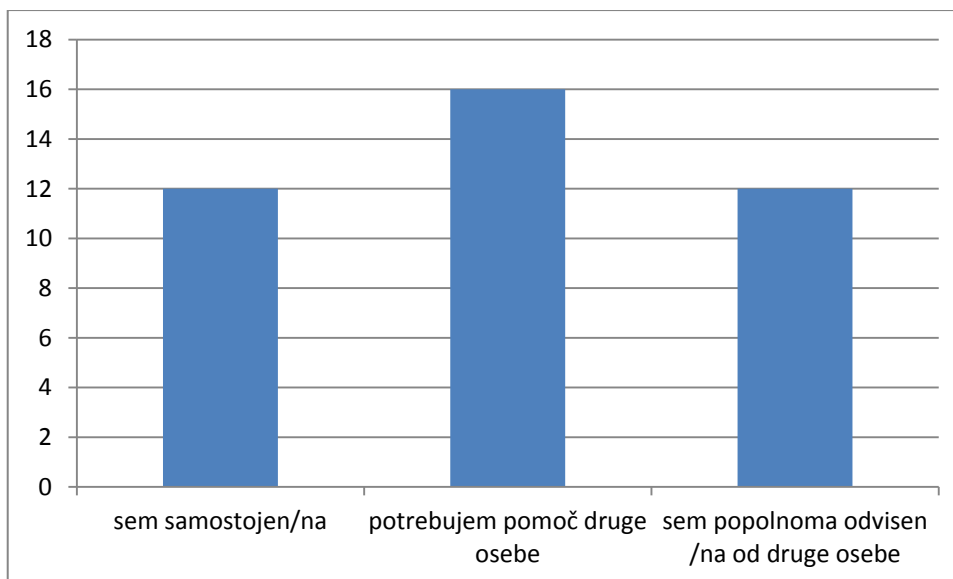
**Slika 4: Prisotnost bolečine**

Močno bolečino (brez uporabe skal za merjenje bolečin) je navedlo 15 anketirancev (37,5 %), srednje močno 12 (30 %), blago bolečino je navedlo 8 (20 %), medtem ko je najmanj takšnih, ki bolečine ni navedlo 5 (12,5 %).



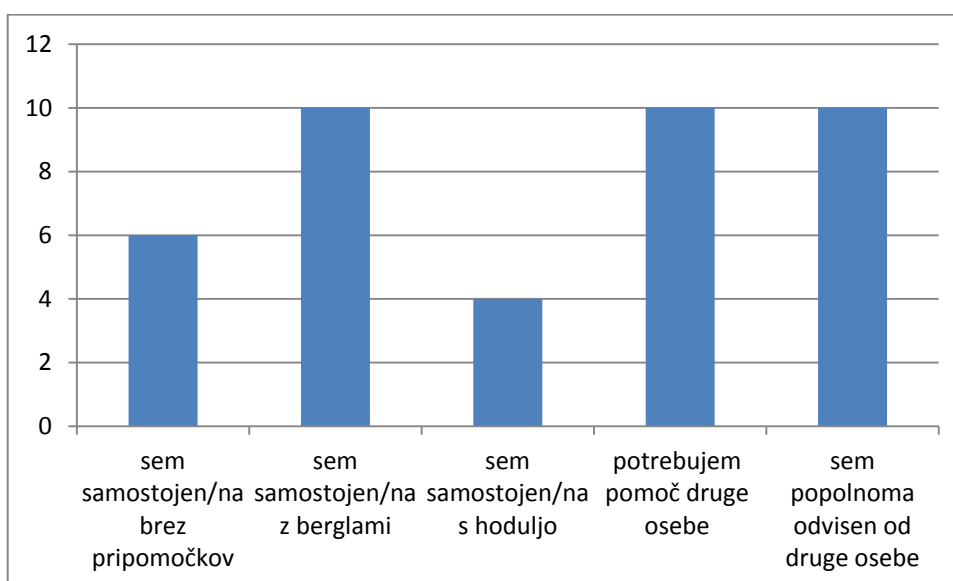
**Slika 5: Osebna higiena**

Iz Slike 5 je razvidno, da potrebuje pomoč druge osebe največ anketirancev, to je 14 (35 %) pacientov. Samostojnih je 13 (32,5 %), prav tako je 13 (32,5 %) takšnih, ki so popolnoma odvisni od pomoči druge osebe.



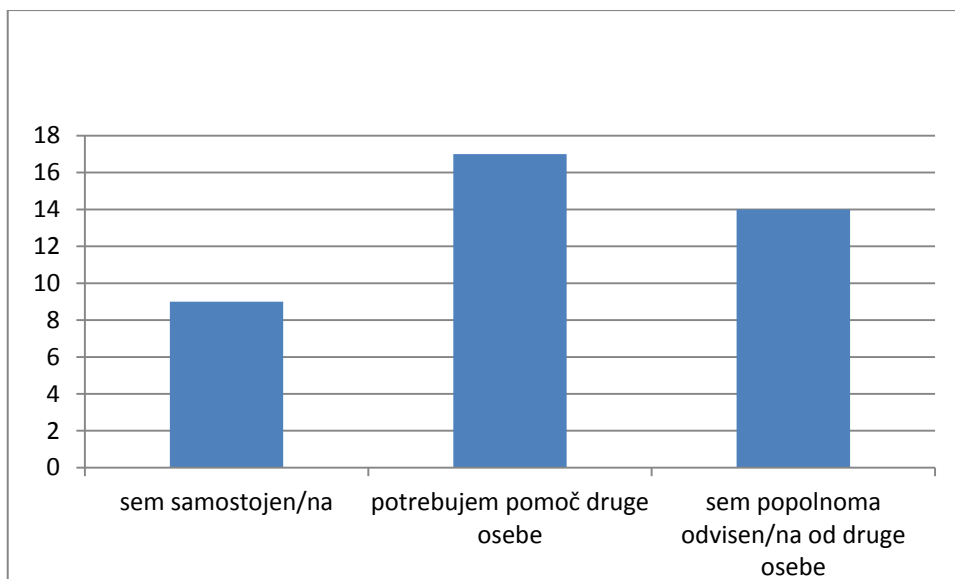
**Slika 6: Oblačenje in slačenje**

Slika 6 prikazuje, da 12 (30 %) anketirancev ne potrebuje pomoči pri oblačenju in slačenju oziroma so samostojni, 16 (40 %) anketirancev potrebuje pomoč druge osebe, 12 (30 %) pa jih je popolnoma odvisnih od pomoči druge osebe.



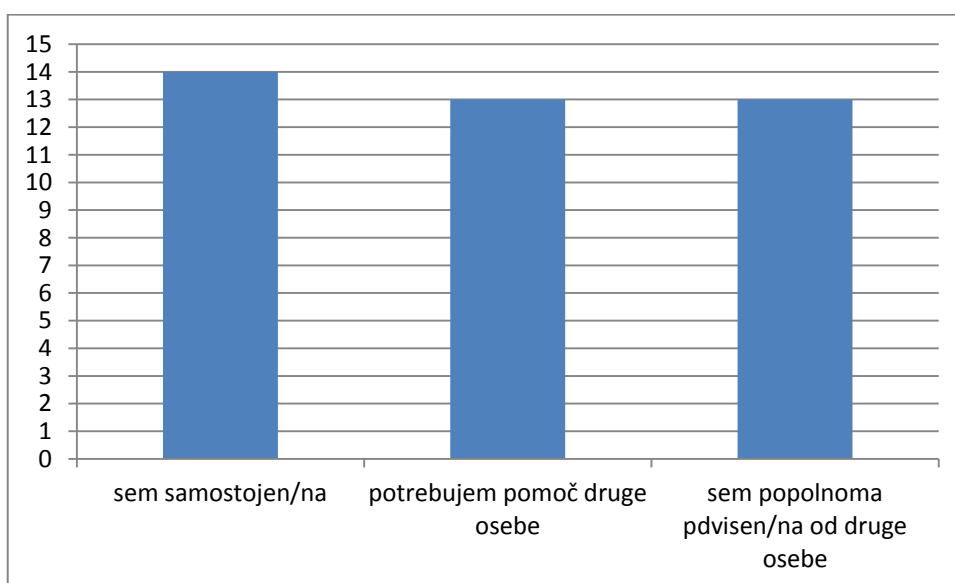
**Slika 7: Gibanje**

6 (15 %) anketirancev je samostojnih, 10 (25 %) je samostojnih s pomočjo bergel, 4 (10 %) so samostojni s pomočjo hodulje, 10 (25 %) jih potrebuje spremstvo oziroma pomoč druge osebe, 10 (25 %) pa jih je popolnoma odvisnih od pomoči druge osebe.



**Slika 8: Obuvanje in sezuvanje**

9 (22,5 %) anketirancev je samostojnih pri obuvanju in sezuvanju, 17 (42,5 %) jih potrebuje pomoč druge osebe, 14 (35 %) jih je popolnoma odvisnih od pomoči drugih oseb.

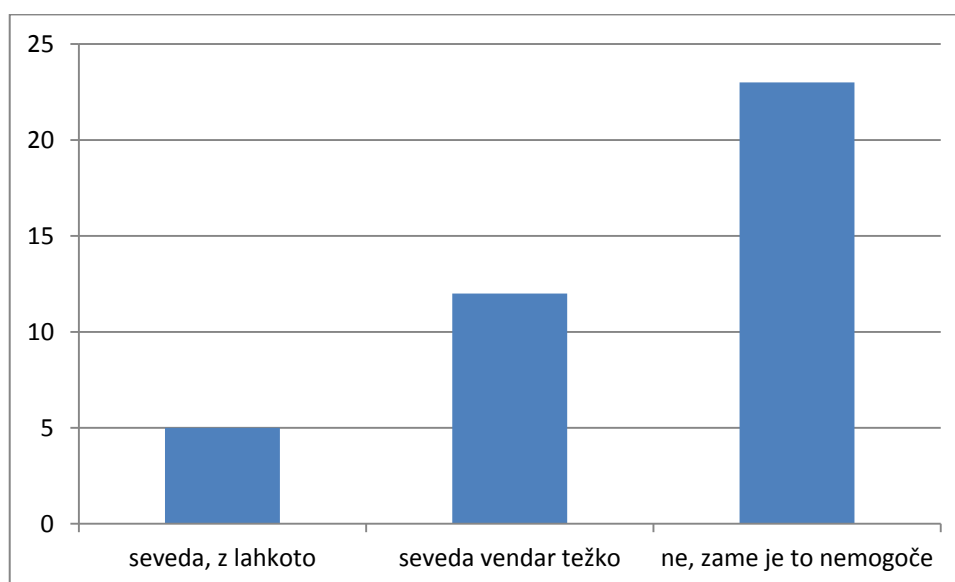


**Slika 9: Izločanje in odvajanje**

14 anketirancev je (35 %) samostojnih pri izločanju in odvajanju, 13 (33 %) jih potrebuje pomoč druge osebe, 13 (33 %) je popolnoma odvisnih od pomoči drugih oseb.

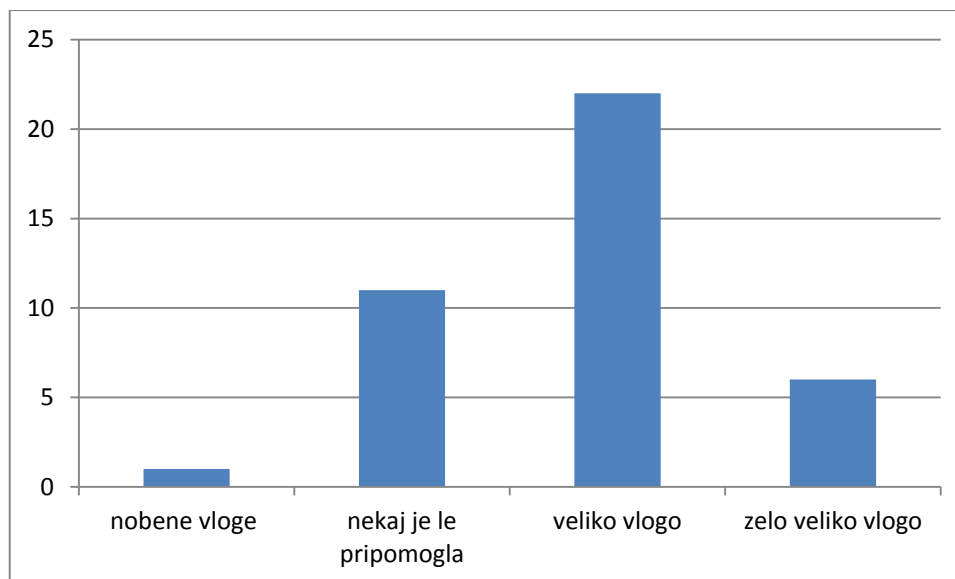
**Preglednica 1: Frekvence odgovorov pri življenjskih aktivnostih**

Življenjska aktivnost	Sem samostojen/-a	Potrebujem pomoč druge osebe	Sem popolnoma odvisen/-na od druge osebe
Pomoč pri osebni higieni	13	14	13
Pomoč pri oblačenju in slačenju	12	16	12
Pomoč pri gibanju	6	24	10
Pomoč pri obuvanju in sezuvanju	9	17	14
Pomoč pri izločanju in odvajanju	14	13	13



**Slika 10: Hoja po stopnicah**

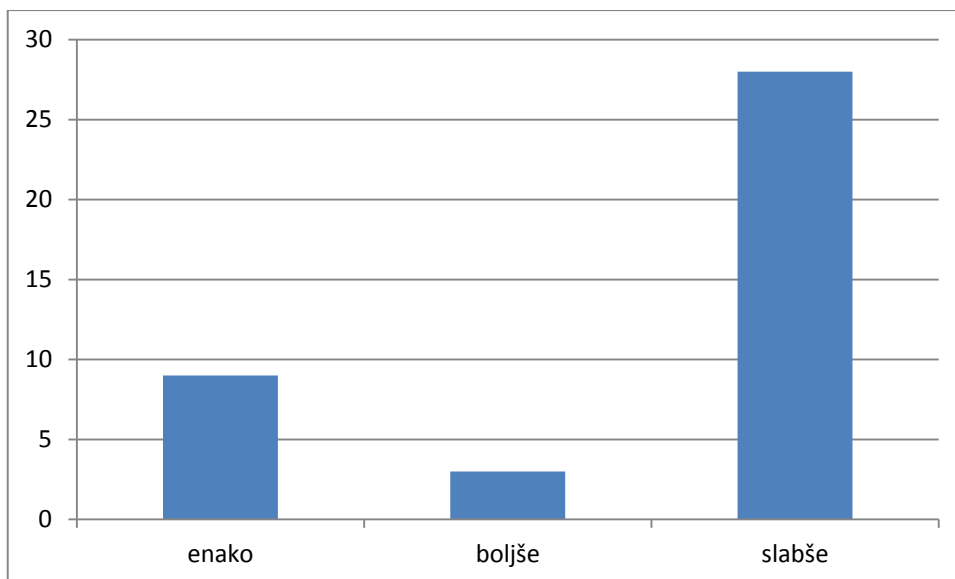
Na to vprašanje je 5 (12,5 %) anketirancev odgovorilo, da po stopnicah hodi z lahkoto, 12 (30 %) anketirancev je odgovorilo s 'seveda, vendar težko', medtem ko jih je 23 (57,5 %) odgovorilo, da je to za njih nemogoče.



**Slika 11: Vloga medicinske sestre na odpust**

1 (2,5 %) anketiranec je odgovoril, da ne pripisuje nobene vloge medicinski sestri pri njegovi pripravljenosti na odpust iz bolnišnice. 11 anketirancev (27,5 %) je takšnih, ki meni, da je medicinska sestra nekaj pripomogla, 28 (70 %) pa jih meni, da ima medicinska sestra na njihov odpust veliko vlogo oziroma zelo veliko vlogo.





**Slika 12: Kakovost življenja po operaciji kolka**

9 (22,5 %) anketirancev je mnenja, da je kakovost njihovega življenja po operaciji kolka enaka kot pred operacijo, 3 (7,5 %) so odgovorili, da je boljše, 28 (70 %) jih meni, da je kakovost njihovega življenja slabša.

## 5 RAZPRAVA

V današnjem času se na podlagi hitrega napredovanja medicine, dobre zdravstvene oskrbe in dobrih socialnih razmer podaljšuje življenjska doba ženske ter moške populacije.

Ker se življenjska doba daljša in s tem povečuje populacija starostnikov, predstavljajo padci pogoste in ogrožajoče poškodbe ter velik problem za starostnike. Med te poškodbe štejemo zlom kolka, ki je v zadnjem času v porastu. Predvsem gre za zlom proksimalnega dela stegenice. Takšne poškodbe zelo vplivajo na starostnika ter njegovo življenje, saj je ogrožena njegova mobilnost ter kakovost življenja.

V teoretičnem delu smo opisali rehabilitacijo in zdravstveno nego po operaciji kolka. V raziskovalnem delu smo raziskali ali so starostniki po operaciji kolka pripravljene na odpust in ali ima pri pripravi starostnika na odpust medicinska sestra veliko vlogo.

V raziskavi smo na podlagi anketnih vprašalnikov prišli do zelenih rezultatov. V anketi je sodelovalo 40 starostnikov. Žensk je bilo 29 (72,5 %) moških pa 11 (27,5 %).

**Hipoteza 1 pravi, da je več kot polovica starostnikov na odpust iz bolnišnice po operaciji kolka dobro pripravljena.**

Na podlagi anketnega vprašalnika to hipotezo ovržemo, saj so na odpust iz bolnišnice dobro pripravljene samo 3 operirane anketiranci. S preglednico smo tudi predstavili rezultate pri življenjskih aktivnostih. Večina starostnikov je popolnoma odvisnih ali delno odvisnih od tuje pomoči kar tudi ovrže hipotezo.

Starostniki so običajno po zdravljenju v bolnišnici napoteni v razne rehabilitacijske zavode ali pa na oddelek za nadaljnje bolnišnično zdravljenje ter zdravljenje v naravnih zdraviliščih, kjer začnejo s celostno rehabilitacijo zunaj bolnišnice.

Ugotovili smo, da se je zdravljenje v teh ustanovah zelo izboljšalo v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem. Strniša (18) je z raziskavo, ki je bila narejena v termah Laško, ugotovila, da so se po dvotedenskem in tritedenskem zdravljenju pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnostih pacienti osamosvojili. Izboljšale so se njihove sposobnosti za hojo, saj jih je ob odpustu večina hodila s pripomočki ali brez njih, in sicer 93 % pacientov.

Pomembno je omeniti, da so bili pacienti pred sprejemom vsi odvisni od pomoči drugih ljudi. S to raziskavo so ugotovili, da so pacienti pripravljani na odhod domov šele po nadaljnji rehabilitaciji.

Društvo travmatologov Slovenije je pripravilo poročilo za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. V raziskavi (19) so ugotovili, da je samo 29 % starostnikov vključenih v kakršno koli obliko rehabilitacije. Ugotovili so tudi, da je zgodnja rehabilitacija po zlomu kolka upravičena z ekonomskega vidika, saj pomeni krajše ležalne dobe na kirurških in rehabilitacijskih oddelkih. Avtorji tega članka so tudi ugotovili, da zavračanje dostopa do rehabilitacije pri pacientu pogosto pomeni podaljšanje kliničnega in funkcionalnega stanja, v katerem se zaradi omejitev na področju funkcije organskih sistemov ne more vrniti v domače okolje, ki praviloma ni ustrezno niti z medicinskega niti s socialnega vidika.

### **Hipoteza 2: Pri pripravi starostnika na odpust ima medicinska sestra zelo veliko vlogo**

To hipotezo lahko potrdimo, saj je na vprašanje, kakšno vlogo pripisujete medicinski sestri pri odpustu iz bolnišnice, 28 starostnikov odgovorilo, da je medicinska sestra zelo veliko ali veliko pripomogla k njihovem odpustu, kar je 70 % odgovorov. Le eden izmed anketirancev je mnenja, da medicinska sestra nima nobene vloge pri pripravi na njegov odpust, saj ni potreboval nobene pomoči pri življenjskih aktivnostih in je popolnoma samostojen.

Dejstvo je, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri pripravi pacienta na odpust. Z njim začne sodelovati že ob samem sprejemu, med potekom zdravljenja in rehabilitacijo.

Dokazano je, da sta že 15-minutni razgovor s pacientom po zlomu kolka, v katerem ga medicinska sestra seznanila z nevarnostjo osteoporoze in pomembnostjo ustreznega zdravljenja, bistveno povečala število ustreznih zdravljenih pacientov (19).

Glede na rezultate, ki smo jih dobili pri anketiranih pacientih, smo ugotovili, da ima medicinska sestra veliko vlogo pri vseh življenjskih aktivnostih, saj večina pacientov potrebuje delno ali popolno pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih. Pri anketnem vprašalniku o kakovosti življenja po operaciji kolka smo ugotovili, da se je večini, to je 70

% pacientov, poslabšala kakovost življenja, 22,5 % jih meni, da je kakovost življenja enaka, 3 pa so mnenja, da se je kakovost njihovega življenja izboljšala.

Hercan (20) je v svoji raziskovalni nalogi prav tako prišel do podobnih rezultatov. Anketiral je 10 pacientov v splošni bolnišnici Murski Soboti in ugotovil, da je vsem 10 pacientom kakovost življenja po operaciji kolka poslabšala.

## 6 ZAKLJUČEK

Zlom kolka je velik problem starejše populacije, saj predstavlja pogoste in ogrožajoče poškodbe, ki v veliki meri vplivajo na starostnika in njegovo kakovost življenja. Zdravljenje zlomov kolka je največkrat kirurško. Pri tem ima veliko vlogo medicinska sestra, saj sodeluje pri vseh treh obdobjih operacije: predoperativno obdobje, medoperativno obdobje in pooperativno obdobje.

Pri zdravljenju in rehabilitaciji medicinska sestra in starostnik veliko sodelujeta. Z anketnim vprašalnikom smo ugotovili, da ima medicinska sestra velik vpliv na pacienta, kakovost življenja in velik vpliv na vse življenjske aktivnosti, ki jih starostnik potrebuje.

Z anketnim vprašalnikom smo dobili subjektivne ocene pacientov saj smo jih spraševali po njihovem mnenju. Kakovost življenja starostnikov po operaciji kolka smo ocenjevali glede na samostojnost in odvisnost pacienta pri opravljanju nekaterih življenjskih aktivnostih. Ugotovili smo, da je kakovost življenja starostnika po operaciji kolka, ob odpustu iz bolnišnice, slaba in da starostniki na odpust niso pripravljani.

S pregledom druge literature smo ugotovili, da so po končanem bolnišničnem zdravljenju pacienti napoteni v razne rehabilitacijske zavode, nadaljnje bolnišnično zdravljenje ter naravna zdravilišča, kjer se je zdravljenje v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem izjemno izboljšalo.

## 7 LITERATURA

1. Fink A, Jelen-Jurič J. Zdravstvena nega starostnika, Ljubljana: Univerzitetna knjižnica Ljubljana, 2012: 170–173.
2. Smrkolj V. Komadina R. Gerontološka travmatologija, Celje 2004.
3. Marko M, Kresal F. Fizioterapevtska obravnava bolnika po zlomu kolka. V: Fuchs T, Rihtar A, Rother E, ur. Zbornica fizioterapevtov Slovenije, V. Simpozij fizioterapevtov Slovenije, Ljubljana, maj 1999: 86–92.
4. Urnaut A. Obravnava pacienta – starostnika z zlomom kolka. V: Zbornica zdravstvene in babilške nege Slovenije, Kirurška zdravstvena nega v splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Slovenj Gradec 2008: 65–69.
5. McKeivitt C, Redfem J, La-Pace V, Wolf CD. Defining and using quality of life; a survey of health care professionals. *Clin Rehabil* 2003; 17(8): 865–870.
6. Ramovš J. Kakovostna starost. Ljubljana: Institut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 2003.
7. Kresal F. Novo tisočletje – Izziv za polnejšo starost. V: Fuchs T, Rihtar A, Rother E, ur. Zbornica fizioterapevtov Slovenije, V. Simpozij fizioterapevtov Slovenije, Ljubljana, maj 1999: 13–20.
8. Marjan P, Anton Š. Anatomija in filozofija za medicinske šole, Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, 1999: 41.
9. Salobir B. Vzroki za padce in poškodbe. V: Meta M, ur. Gerontološko društvo Slovenije, Bolezni in sindrom v starosti 5, Ljubljana 2011: 145.
10. Horvat Ž. Zlomi kolka. V: Vogrin M, ur. III. Mariborsko ortopedsko srečanje, Kolk v ortopediji, Maribor: Univerzitetna knjižnica Maribor, 2007: 109–119.
11. Vobovniky-Grobelnik P. Obravnava zlomov pri starostnikih. V: Kersnik J, ur. V. Kokaljevi dnevi, Poškodbe v osnovnem zdravstvu. Zbornik predavanj, Kranjska Gora 2005: 117–120.

12. Voljč B. Padce v starosti je mogoče zmanjšati. V: Meta M, ur. Gerontološko društvo Slovenije, Bolezni in sindrom v starosti 5, Ljubljana 2011: 115.
13. Antonija I. Danica Ž. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika, izbrana področja, Maribor, Visoka zdravstvena šola, 2000: 353.
14. Herman S. Poškodbe starostnikov. V : Meta M, ur. Gerontološko društvo Slovenije, Bolezni in sindrom v starosti 5, Ljubljana 2011: 149–154.
15. Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 2002: 449–462.
16. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse, Vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse, CIP- Kataloški zapis o publikaciji, Ljubljana 2009: 8–26.
17. Geli H, Roža M. Sodobna zdravstvena nega. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana 2012: 24.
18. Strniša N. (2012). Izid rehabilitacije pri poškodovancih po zlomu kolka, premeščenih iz Splošne bolnišnice Celje in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na negovalni oddelek Thermane Laško.  
<http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-G7HFHN2C/dab49aa9-a7a8-4f1a-9817-32f870ea5c13/PDF><25. 9. 2014>
19. Komadina R, Senekovič V, Dolenc I, Andoljšek M, Grabljevec K, Veninšek G, Preželj J, Kocjan T. (2012). Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji.  
<http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/viewFile/761/677><25. 9. 2014>
20. Hercan J. Kakovost življenja starostnika po operaciji kolka [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo Maribor, 2008.  
<http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=8545> <31. 7. 2014>